

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1381

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ROY Georges

Né le 30 Novembre 1914 à Sens (Yonne)

LE TUBERCULEUX
PULMONAIRE GUÉRI

Président : Maurice CHIRAY, Professeur

EXPANSION SCIENTIFIQUE

FRANÇAISE

23, RUE DU CHERCHE-MIDI, PARIS-VI'

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ROY Georges

Né le 30 Novembre 1914 à Sens (Yonne)

LE TUBERCULEUX
PULMONAIRE GUÉRI

Président : Maurice CHIRAY, Professeur

EXPANSION SCIENTIFIQUE

FRANÇAISE

23, RUE DU CHERCHE-MIDI, PARIS-VI

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. -- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	TROISIER
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N... HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	E ducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En hommage au profond dévouement
dont ils ont constamment soutenu
mes études.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CHIRAY

Médecin de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*En témoignage de l'admiration qu'il
nous a toujours inspirée dans son
enseignement si clair et si précis
de la clinique, pendant l'année, mal-
heureusement écourtée, où nous
avons été son externe.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. FLANDIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de l'affection réelle qu'il portait à tous ceux qui eurent l'honneur d'être ses externes.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CHEVASSU

Membre de l'Académie de Médecine

dont nous avons été l'externe, en témoignage de notre reconnaissance pour les soins scrupuleux qu'il mit à nous enseigner sa spécialité.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. MOLLARD

qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a constamment guidé dans sa rédaction, en hommage de notre gratitude et de notre attachement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« Lorsque l'on attribuait généralement la phtisie à une inflammation chronique et à une suppuration lente du tissu pulmonaire, les médecins ne doutaient pas plus que le public ne doute encore de la possibilité de guérir, par un traitement convenable, la phtisie pulmonaire, surtout lorsque l'on s'y prend à temps et lorsque la maladie est encore au premier degré. M. Broussais se flattait du même espoir... Presque tous les hommes de l'art, qui sont au courant des progrès récents de l'anatomie pathologique, pensent au contraire aujourd'hui que l'affection tuberculeuse est, comme les affections cancéreuses, absolument incurable, parce que la nature ne fait que des efforts contraires à la guérison, et que l'art n'en peut faire que d'inutiles. Bayle surtout regarde positivement la phtisie tuberculeuse comme incurable, en admettant toutefois la possibilité d'une très longue prolongation de la maladie. »

Ainsi, au témoignage de Laënnec, chaque génération qui passe admet ou rejette tour à tour la guérison de la tuberculose. Mieux encore, chaque génération qui passe suscite des croyants et provoque des sceptiques. Et Laënnec lui-même, qui intitule son chapitre « l'incurabilité de la phthisie », discute longuement les possibilités de guérison.

Où le conduit cette discussion ? Rien n'est plus curieux que de suivre page par page le développement de sa pensée : « Dans quelques cas, un malade peut guérir après avoir eu une cavité ulcéreuse. On trouve, en effet, à l'autopsie de sujets morts d'autres maladies, des cavités anfractueuses tapissées par une membrane demi-cartilagineuse, et tout à fait semblable à celle qui tapisse les ulcères anciens du poumon. Ceux de ces sujets qui avaient été interrogés avec soin rapportaient tous l'origine de leur catarrhe à une maladie grave qu'ils avaient éprouvée à une époque antérieure, et qui avait présenté des symptômes de la phthisie pulmonaire, et souvent de telle manière qu'on avait considéré dans le temps ces malades comme des poitrinaires désespérés. D'un autre côté, chez les phthisiques dont la maladie a duré extrêmement longtemps, on trouve assez communément quelques-unes de ces cavités vides ou à peu près de matière tuberculeuse, ou entièrement tapissées par une membrane demi-cartilagineuse. La formation de celle-ci est un effort de la nature médicatrice (nous dirions aujourd'hui : réparation fibreuse). Elle constitue une sorte de cicatrice interne analogue aux fistules et dont l'existence n'a pas plus d'inconvénients pour la santé que beaucoup d'entre elles. Tous les sujets, dont j'ai parlé ci-dessus, étaient morts de maladie qu'on ne pouvait nullement lui attribuer... Plus encore, des malades chez qui la phthisie vient à se changer en catarrhe chronique restent souvent pectoriloques toute leur vie et, à l'ouverture, on trouve des cavités (nous dirions aujourd'hui : stabilisation). La guérison d'une caverne à l'autre pôle peut se faire par une cicatrice plus ou moins parfaite, un froncement à la surface du poumon (nous dirions état-séquelle ou parfois tuberculose abortive). »

Laënnec ajoute : « Ces faits rendent parfaitement compte de la marche en quelque sorte intermittente de certaines phthisies (le langage moderne parle de poussées évolutives) et des guérisons extraordinaires qui ont lieu dans d'autres. Il existe d'autre part des guérisons momentanées dues au ramollissement consécutif de tuber-

cules qui étaient encore crus à l'époque de la guérison du premier (ici nous parlerions de rechutes). »

Ici, Laënnec développe audacieusement sa thèse : « Si l'on réfléchit, écrit-il, que le développement des tubercules dans le poumon paraît être ordinairement le résultat d'une diathèse générale (nous disons le terrain), on sera sans doute porté à croire que la guérison la plus parfaite de la phtisie pulmonaire ne peut être que momentanée. Il n'en reste pas moins constant que dans beaucoup de cas (il ne dit plus : chez quelques malades), on peut concevoir l'espérance d'une guérison réelle ou au moins d'une suspension dans les accidents qui en est presque l'équivalent, puisque le malade peut être rendu à un état de santé assez parfait pour remplir toutes les fonctions de la vie civile (ce que l'on niera complètement par la suite). Quoique l'on puisse prononcer avec certitude qu'un malade pectoriloque a une excavation ulcéreuse, on pourrait quelquefois se tromper en assurant qu'il succombera », affirmation dont la radiologie nous fera sourire plus tard, lorsque, dans l'heure des premiers enthousiasmes, elle nous imposera la fallacieuse exigence du test cherché dans le nettoyage radiologique.

Laënnec conclut : « En résumé, ces cas sont très nombreux (il ne dit même plus dans beaucoup de cas). La guérison, dans les cas de phtisie où l'organe n'a pas été entièrement envahi, ne présente aucun caractère d'impossibilité, ni sous le rapport de la nature du mal, ni sous celui de l'organe affecté. »

Ainsi Laënnec, qui a tout prévu, a dit que la tuberculose pouvait fréquemment guérir. Il a décrit d'autre part ces états intermédiaires si curieux qu'on appelle la stabilisation et, malgré la persistance de lésions, correspondent en fait à une guérison clinique satisfaisante. Pourquoi ces conceptions si sages et si vraies ont-elles été complètement oubliées par ses successeurs ?

C'est que les successeurs de Laënnec enferment la tuberculose dans un schéma sans souplesse. La maladie, pour eux, évolue en trois périodes et la dernière est celle où la caverne vient nécessairement creuser le poumon.

L'apparition de cette lésion est donc un signe terminal et constant, et se place par conséquent aux antipodes de la guérison. Cette doctrine s'est imposée longtemps, puis-que, naguère encore, on attribuait aux cavernes la responsabilité de symptômes graves qui tiennent uniquement en réalité à la multiplicité progressive des foyers infectants et à la déchéance complète de l'organisme épuisé. Mais par une sorte de romantisme pathologique, on concevait que la tuberculose avait toujours ainsi une évolution défavorable. Elle tuait plus ou moins vite, elle tuait tous ceux qu'elle avait frappés; elle était même, selon Bernheim, « la plus meurtrière des maladies infectieuses ».

Tout changea brusquement, lorsque Grancher vint écrire qu'elle était la plus curable des maladies chroniques. On sait la grave erreur sur laquelle ce phthisiologue fonda cette assertion stupéfiante. Attaché uniquement à l'étude des nuances de l'auscultation, il avait donné le nom de maladie à des états cicatriciels abortifs, et par définition hors du cadre de la pathologie évolutive. Ce retour à la notion de curabilité ne fut donc pas pris au sérieux, ou bien il ne servit qu'à permettre une nouvelle erreur : à cette époque, les vaccins, les tuberculines, d'autres médications faisaient leur apparition dans la thérapeutique. On admit donc que la tuberculose était curable, mais à la condition de la considérer dans la forme dont avait parlé Grancher. On eut ainsi de beaux succès avec des tuberculoses abortives sur des sujets qui n'avaient qu'un tort, celui de ne pas être des malades.

Vint une quatrième époque : on ne tarda pas à s'apercevoir de l'erreur précédente, mais on tomba presque aussitôt dans une autre que Laënnec — elle n'était donc pas nouvelle — avait déjà reprochée, du reste, à Broussais, celle de la tuberculose curable à son début. La médecine, pensa-t-on, dispose de traitements qui peuvent être toujours efficaces, mais leur succès dépend strictement de la date de leur application. Nous pouvons découvrir la tuberculose dès son premier stade, et dans ce cas, nous devons obligatoirement la guérir. Dans le cas con-

traire, nous demeurons impuissants. Cette manière de voir, malheureusement beaucoup trop répandue encore, a de nombreux défauts dont l'un des moindres est d'engager de graves responsabilités. Lorsqu'un malade meurt, on doit d'accuser le tuberculeux qui n'a pas su accepter à temps les soins efficaces, et adresser des reproches aussi vifs au médecin qui n'a pas su découvrir la tuberculose au début, ou qui, l'ayant découverte, ne lui a pas appliqué en temps utile un traitement convenable. Cette doctrine a un défaut plus grave : elle est fausse. En effet, le début réel de la tuberculose n'est pas aussi facile à saisir qu'on l'a cru jusqu'à ces dernières années. De plus, une infection tuberculeuse qui s'installe dans un organisme ne déclenche pas nécessairement une évolution clinique. Si l'on veut soigner les sujets qui présentent des signes discrets à l'auscultation ou à la radiologie, on risque de soigner des individus bien portants, et là encore d'attribuer à la thérapeutique des succès qui ne relèvent que de la nature. En vérité, nous ne savons rien sur le destin proche ou futur d'une infection qui débute dans un poumon. Ameuille rappelle à ce sujet une phrase de Montaigne : « Les maladies ont leur fortune limitée dès leur naissance. » Il est très probable, en effet, que chaque tuberculeux débute avec un potentiel variable qui commandera nécessairement toute la suite de son histoire. Il y a des tuberculoses qui sont d'emblée mortelles, même au stade de primo-infection. Il en est d'autres, très vieilles, et anatomiquement très étendues et qui sont compatibles, comme l'avait bien vu Laënnec, avec une santé satisfaisante. Il en est qui, prises à temps, sont incurables. Il en est d'autres qui, traitées à une heure tardive ou même non traitées, guérissent ou se stabilisent. Qu'est-ce à dire, sinon que la nature ne fait pas de schéma, et que l'erreur est dans la systématisation. La guérison, la stabilisation et la mort sont trois évolutions également possibles, les deux premières ne doivent pas être niées si l'on ne veut se heurter à des faits que la clinique nous enseigne tous les jours.

Elle nous les enseigne, et cependant beaucoup de ma-

lades et même de médecins refusent encore de se laisser convaincre. Pour les législateurs, la vieille conception des successeurs de Laënnec demeure même encore debout. Que l'on discute de fonctionnaires, de pensionnés, de réformés, la tuberculose est incapable de guérir; elle entraîne donc une incapacité totale, elle est une véritable mutilation.

On ne tombera pas dans des considérations uniquement banales si l'on cherche ici à étudier les caractères du tuberculeux guéri. Cette étude comportera peut-être des conclusions non seulement cliniques, mais médico-sociales.

CHAPITRE II

LES TESTS DE LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Que faut-il entendre par guérison de la tuberculose pulmonaire?

1° Est-ce une guérison bactériologique? Il est indispensable, assurément, que les bacilles aient quitté totalement l'expectoration, et nous entendons par là que toutes les méthodes mises en œuvre pour les détecter aient à de nombreuses reprises donné des résultats formellement négatifs. Mais faut-il exiger davantage, demander la « grande stérilisation » qu'avait imaginé Ehrlich, autrement dit l'abandon total de l'organisme par son envahisseur? Sans doute des faits précis, découverts depuis peu, nous autorisent à penser que ce rêve n'est pas une chimérique... rêverie. On commence à savoir que les lésions tuberculeuses ont une tendance manifeste à se stériliser; que, dans la moitié des cas, les lésions latentes, par exemple, sont déjà stériles au stade caséux, et qu'elles le sont dans les $\frac{4}{5}$ des cas au stade de calcification, de sclérose ou d'ossification (Canetti). La pratique des cuti-réactions tuberculiniques nous a appris, de son côté, que le temps effaçait assez souvent leur caractère positif, que l'on s'était habitué à considérer comme acquis définitivement. Kraemer, de Stuttgart, a montré

qu'un tuberculeux peut guérir complètement et ne pas réagir ensuite à la tuberculine. Il a cité le cas de malades ayant expectoré des bacilles et qui, plusieurs années après la guérison de leur lésion, devenaient indifférents à des doses considérables de cette substance, administrée par la voie sous-cutanée. Les Américains ont cité à leur tour des intradermo-réactions négatives chez des étudiants porteurs de larges calcifications pulmonaires tuberculeuses, et l'on commence à citer la curieuse observation de Shurmann qui, chez un homme de 72 ans, constate un complexe primaire récent à côté de vieilles cicatrices tuberculeuses crétacées, remontant vraisemblablement à l'enfance. A ces données cliniques, Calmette et Guérin ont ajouté des confirmations expérimentales : de jeunes bovidés, auxquels ils ont administré de faibles doses de bacilles virulents, ont cessé de réagir, au bout de douze à dix-huit mois, et leur autopsie a fait découvrir de petites cicatrices incapables de tuberculiser le cobaye. Il n'en demeure pas moins que ces faits sont encore exceptionnels, et que la guérison idéale, avec disparition complète et définitive des bacilles entrés dans l'organisme, est incapable de nous fournir le test que nous cherchons. Le bon sens clinique indique d'ailleurs qu'elle n'est pas nécessaire. Il n'est pas sûr qu'elle se réalise chez des malades atteints d'une infection acquise inexistante avant ses manifestations pathologiques : tous les syphiligraphes connaissent des sujets chez qui les sels d'arsenic, de bismuth ou de mercure font disparaître les accidents sans « blanchir » définitivement l'organisme. Il faut tout au moins de longues années et de nombreuses séries de traitement pour éliminer efficacement, sinon complètement, toute trace de contamination. Dès lors, comment voudrait-on exiger la guérison bactériologique de la tuberculose qui, contrairement à la syphilis présente et sa traduction symptomatique, est une infection bien avant d'être une maladie et dont la maladie n'est même qu'un épisode clinique dessiné par l'anergie sur l'infection ? Aussi bien des documents cliniques et expérimentaux sont là qui nous enlèvent toute

illusion : ne savons-nous pas que bien des sujets, qui demeurent sains toute leur vie, présentent cependant une infection tuberculeuse latente, ou, comme y insiste Ameuille, sont à chaque année de leur existence, et plus encore à mesure que l'âge sur eux s'accumule, les inconscientes et douces victimes de réinfections occultes probablement exagérées? Des travaux récents, parallèles à ceux qui nous ont révélé la rare guérison idéale, nous ont appris, par un ironique paradoxe, que les ganglions broncho-médiastinaux macroscopiquement non-tuberculeux de plus de la moitié des sujets âgés renferment des bacilles tuberculeux (Eastwood, Griffiter et Stanley Griffitch, Opie et Urons, Cassetti..., etc...). La guérison n'est donc pas la mort du germe, ou du moins nous n'avons pas le droit de compter sur sa mort. La guérison n'est pas plus la fin de l'infection que le début de l'infection n'est le début de la maladie — et même que l'infection tout entière n'est forcément la maladie.

2° Est-ce la guérison radiologique? On a beaucoup parlé des « nettoyages radiologiques », et l'on a même accoutumé d'y chercher un test de la guérison ou de l'efficacité de telle ou telle méthode radiologique. Là encore, que d'illusions! tout d'abord, « qui dit nettoyage radiologique, écrivent Sergent, Bordet et Moizesco, dit seulement amélioration de la transparence normale, ou plutôt retour de la transparence normale et non pas forcément cicatrisation ou disparition des lésions. A côté des nettoyages qui ont cette heureuse signification, il y a ceux que nous appellerions volontiers « les nettoyages par le vide », qui résultent de l'élimination des parcelles caséeuses. Il y a des nettoyages apparents, véritables trompe-l'œil dus au camouflage des opacités lésionnelles par le développement d'un emphysème réticulé. Il y a enfin les faux nettoyages, simples artifices de préparation provenant d'une modification dans la mise au point ou le développement des clichés. » En second lieu, il importe assez peu qu'une ombre régresse, si cette ombre n'était qu'un foyer inflammatoire récemment développé tout autour d'une lésion moins visible, souvent masquée

par l'emphysème et qui peut devenir active. Que de fois avons-nous vu ainsi disparaître des images importantes qui n'étaient que des taches de réactions satellites éphémères, de vastes plages, essentiellement fugitives, d'épithuberculoses primitivement ou secondairement apparues!... Le poumon avait retrouvé presque toute sa clarté, mais la maladie ne l'avait nullement abandonné (Chiray, Benda et Mollard). Inversement, il y a des lésions qui cessent d'être actives, tandis que les images demeurent stationnaires. Et cette discordance semble plus fréquente que la précédente. Elle montre mieux encore la vanité des tests qu'on recherche dans les nettoyages radiologiques. Remarquons tout d'abord d'un point de vue technique, et nous serions tentés de dire : d'un point de vue photographique, qu'une lésion peut rester une tache noire parce que la sclérose est définitive, sans pour cela être immuablement fixée. En d'autres termes, un foyer peut guérir sans que la coque superficielle qui l'enserme, et qui, souvent, est seul visible sur les films, soit elle-même modifiée dans son image. En second lieu, la clinique nous enseigne que souvent, tandis que les signes radiologiques persistent, la fièvre disparaît, l'état général se relève, l'amaigrissement cesse et que le malade évolue vers la stabilisation. Pour choisir l'exemple de la tuberculose, on n'a connu d'abord que les guérisons par sclérose rétractile (lobite scléreuse, forme cavitaire stationnaire de Bard, tuberculose ulcéro-fibreuse, fibrothorax), mais l'analyse des résultats éloignés de la collapsothérapie par le pneumothorax permet aujourd'hui d'étudier un assez grand nombre de tuberculeux guéris cliniquement depuis de longues années. Or, quand on examine leurs clichés actuels, on voit que l'aspect des poumons est variable d'un cas à l'autre. A côté des types classiques de stabilisation, se trouvent tous les dessins possibles. Le plus souvent, on note la persistance de tractus importants et de taches plus ou moins épaisses. La pneumopathie a cessé d'être une tuberculose radiologique.

Nous avons dit, d'autre part, que les épisodes aigus

banaux laissent après eux, plus souvent qu'on ne l'avait cru autrefois, des traces radiologiques de leur passage dans le poumon. Cependant, il s'agit ici de malades guéris. Les images radiologiquement anormales peuvent donc survivre à l'affection, comme elles peuvent exister sans elle. Et pas plus qu'il n'est sage de fonder un diagnostic de maladie sur la constatation isolée de dessins anormaux, il ne convient d'attendre, avant de parler de guérison, l'hypothétique, et d'ailleurs inutile, « *restitutio ad integrum* » de l'hémithorax observé (Chiray, Benda, Mollard).

Est-ce donc uniquement la guérison clinique? La guérison clinique est, après la disparition de l'anergie, qui est simplement l'amélioration, le retour durable à un équilibre normal, la résistance reconquise du terrain qui, malgré la persistance des germes, malgré la conservation d'images radiologiques plus ou moins nettes, demeure désormais à l'abri de son mal et permet au sujet de reprendre sans risque son existence d'autrefois. Et en définitive, voilà la véritable guérison. Les réactions générales l'emportent donc sur les réactions locales. Le sujet est guéri quand il mène une vie active sans aucun signe de défaillance, n'a plus depuis longtemps aucun symptôme évolutif. Les symptômes locaux ne traduisent par eux-mêmes que des modifications architecturales. Leur valeur est purement anatomique, ils ne nous donnent aucun renseignement d'ordre physiologique, et seule l'épreuve de l'activité reconquise nous en peut apporter. Ajoutons qu'un tuberculeux guéri peut garder des séquelles. Les vertiges encore ne sont que des signes locaux révélateurs de déformations locales : socialement, professionnellement, ils peuvent contraindre le malade à certaines adaptations. Ils ne comptent pas si l'on considère la guérison, et la guérison existe, puisque, quels que soient les caractères locaux, la résistance générale est pleinement reconquise désormais. Le test de la guérison est là; il n'est pas ailleurs.

Mais à quoi reconnaître que la résistance générale est reconquise? En pratique, quand le malade, depuis un

an, ne présentera plus de symptômes évolutifs; lorsque, sous l'action d'une thérapeutique ou spontanément, ses lésions se seront stabilisées depuis ce temps, il sera nécessaire de l'engager à reprendre une certaine activité. Six mois plus tard, si cette pénible épreuve est satisfaisante, on lui conseillera de recommencer son existence antérieure, en suivant cependant, suivant la sage exigence de Dumarest, « l'année de huit mois », c'est-à-dire en prenant deux mois de repos au milieu de l'hiver, et deux mois de repos au milieu de l'été. Au bout de deux ans, si les forces demeurent entières, le sujet pourra être considéré comme guéri. Faut-il entendre qu'il sera à l'abri des rechutes? Nous ne le croyons pas, mais nous ne pensons pas non plus qu'il risque plus fréquemment de devenir malade qu'un individu, sain jusqu'alors, n'a de chances de le devenir à son tour.

En résumé, un tuberculeux pulmonaire est guéri, quand il ne présente plus aucune expectoration bacillifère, quand sa température demeure constamment normale, et que son organisme ne souffre plus d'aucun trouble causé par le bacille de Koch — étant entendu que cet état est confirmé par deux ans ou plus d'une existence active.

CHAPITRE III

L'ASPECT DES TUBERCULEUX GUÉRIS

Ainsi définie, la guérison de la tuberculose est-elle fréquente? Une statistique de Jacques Arnaud nous éclaire sur ce point. Sur 17.000 agents de l'Assistance Publique parisienne, cet auteur a découvert 522 tuberculeux qu'il a suivis régulièrement de 1925 à 1930. 50 % sont morts, 10 % sont inaptes au travail, et 40 % sont guéris. Il faut reconnaître que cette statistique a été dressée dans des conditions particulièrement bien choisies de surveillance et de traitement. Dans d'autres circonstances, elle aurait sans doute donné des chiffres sensiblement différents. Il n'en demeure pas moins que la tuberculose guérit beaucoup plus souvent qu'on ne l'a pensé pendant de longues années. Que vaut cette guérison?

A ce second problème, la réponse est plus facile. Il existe, en effet, des malades anciens dont on tient les dossiers régulièrement à jour depuis un très grand nombre d'années. Ce travail s'accomplit principalement dans les dispensaires où, d'une part, un assez grand nombre de tuberculeux civils sont suivis avec attention depuis plus de vingt ans, — c'est-à-dire en pratique depuis la fondation de ces œuvres de prophylaxie, — et où, d'autre part, « les blessés du poumon », réformés à 100 %, sont tenus de venir chaque trimestre pour un contrôle légal de leurs poumons.

Nous avons récolté les observations de ses seconds

malades dans deux dispensaires de la banlieue parisienne. Nous rappelons que les blessés du poumon sont des sujets jusqu'alors sains, et qui, mobilisés, contractèrent la tuberculose pendant la dernière guerre, et à cause de la guerre. Nous avons eu soin de ne choisir que ceux dont la maladie fut découverte entre 1914 et 1920. Pour éviter toute erreur, nous avons donc éliminé ceux qui furent reconnus par la suite et dont la maladie fut attribuée rétrospectivement à la guerre. Nous avons rejeté aussi les sujets réformés pour des symptômes trop vagues, tels que la « bronchite » ou « l'hémoptysie ». A cette époque, la radiologie était encore pratiquée peu communément : le seul test était la présence de bacilles dans l'expectoration. Les malades qui nous ont occupés sont donc uniquement des sujets chez qui l'on trouva des bacilles de Koch entre 1914 et 1920.

Nous avons établi les 4 cadres suivants :

- 1° Le cadre A, où figurent les malades complètement et sûrement guéris après un recul de 10 ans. Non seulement les bacilles ont disparu depuis cette date d'une expectoration d'ailleurs supprimée, mais ces sujets présentent tous les symptômes d'une santé pleinement reconquise que le test du travail est seul à ne pas couronner, puisque « l'indemnité supplémentaire de soins » interdit toute activité professionnelle.
- 2° Le cadre B, où figurent les malades guéris, mais infirmes, sans qu'on puisse préciser si les infirmités dont ils souffrent sont attribuables à des séquelles ou aux conditions de vie dans lesquelles ils se sont installés. Ils sont des asthmatiques, des pléthoriques, des congestifs, des bronchectasiques, des hypotendus, mais chez eux il est impossible de noter, au moins depuis 10 ans, le moindre symptôme d'infection tuberculeuse réelle.
- 3° Le cadre C, où figurent les malades guéris qui présentèrent une rechute.

4° Le cadre D, où figurent les malades qui, sans avoir connu de trêve bactériologique ou clinique, sont encore tuberculeux en 1939, 20 ans plus tard.

Or, si nous groupons nos malades dans ces 4 cadres, nous arrivons aux résultats suivants :

Cadre A	45, soit 50,5 %	} 80,8 %
Cadre B.....	27, soit 30,3 %	
Cadre C	10, soit 11,2 %	
Cadre D	7, soit 8,7 %	

Ces chiffres appellent quelques commentaires :

1° Les malades qui présentèrent des rechutes nous occuperont ultérieurement.

2° Les malades qui demeurèrent tuberculeux après 20 ans sont au nombre de 7. L'un d'eux garde son mystère, car depuis 20 ans les analyses sont régulièrement positives et cependant l'état clinique est satisfaisant et les clichés ne montrent que des taches de calcifications. Les autres appartiennent à ce groupe de malades désignés sous le nom de tuberculeux métastatiques à épisodes. Une observation prise au hasard nous fera clairement comprendre les caractères de cette forme clinique: il s'agit d'un malade qui présenta en novembre 1918 des hémoptysies et des bacilles de Koch. En 1920, pleurésie sérofibrineuse et petits foyers pulmonaires qui continuent d'émettre des bacilles. En 1924, amputation de la cheville à la suite d'une blessure, longue fistulisation et présence de bacilles dans le pus de la fistule. En janvier 1925, laryngite bacillaire. En septembre 1927, tumeur blanche du genou, nouvelle amputation et très longue cicatrisation. En 1931, infiltrat ulcéré du sommet gauche qui disparaît rapidement. En juillet 1937, orchépididymite opérée. En 1939, sous un état général relativement conservé, nouvelle fistule dans le moignon, nouvelle laryngite et découverte de bacilles de Koch dans l'urine.

On voit qu'il s'agit d'une tuberculose errante faite d'une succession d'épisodes parfois très éloignés les uns des autres au point d'accidenter la vie entière d'un même sujet, et sans que le moindre indice permette de saisir l'enchaînement qui préside à la répartition de ces poussées dans l'espace et dans le temps. La tuberculose est ici, non seulement une infection générale, mais une infection qui dure, et qui dure probablement parce qu'elle ne cesse jamais d'être une infection générale. Il faut noter cependant que cette maladie sans fin et probablement incurable, ne nous paraît jamais mettre la vie du malade en danger; tout se passe comme s'il vivait en bonne intelligence avec l'infection et il est bien probable qu'il mourra d'une autre maladie. Mais la répétition des accidents, spécifiquement tuberculeux, constitue une véritable infirmité, bien que, répétons-le, l'état général ne soit jamais sérieusement compromis.

3° Un troisième groupe concerne des malades guéris, mais infirmes : 30 %. On peut soutenir que nous parlions de guérison à leur propos. En fait, ils présentent des dilatations des bronches ou de l'asthme ou un aspect pléthorique qui les expose à des bronchites répétées, parfois même à de petits crachements de sang. Mais nous croyons pouvoir affirmer qu'aucun de ces troubles ne peut être et ne doit être attribué à la tuberculose pulmonaire antérieure. En effet, ces sujets n'ont ni bacilles, ni signes quelconques de la moindre activité lésionnelle. De plus, nous rencontrons de tels troubles à peu près uniquement dans la clientèle d'un des deux dispensaires. Ils sont exceptionnels dans celle du second. Nous sommes donc fondés à croire qu'ils sont dus principalement aux conditions de vie et aux conditions de climat de ces anciens malades, et ce qui confirme, selon nous, cette conception, c'est que la radiologie nous rassure entièrement sur l'état de leurs poumons. Chez l'un, l'image thoracique est entièrement normale, chez les autres on note des dessins de calcifications, ou de granités fins, ou des ombres cicatricielles, ou des images de sclérose plus ou moins diffuses; mais aucun d'eux ne présente sur les

clichés le moindre aspect d'un foyer tuberculeux quelconque. Les dessins constatés ici sont identiques à ceux que nous noterons tout à l'heure chez les malades complètement guéris. Disons donc que les sujets de ce troisième groupe continuent d'être des malades, mais ont cessé d'être des tuberculeux.

4° Les malades du quatrième groupe, 50,5 %, sont entièrement guéris, les uns depuis 10 ans, d'autres depuis 15 et même 18 ou 20 ans. Que remarque-t-on, quand on pratique leur examen :

a) Tout d'abord l'état général est excellent. Ces sujets ont un aspect florissant. Leur capacité de travail est normale ou le serait si la loi d'indemnité de soins n'interdisait aux blessés du poumon de reprendre la moindre activité professionnelle. La plupart des tuberculeux civils observés dans des conditions semblables gagnent un salaire qui suffit à leur entretien. Beaucoup se sont mariés, un grand nombre de femmes, souvent mères de famille, assument à la maison un dur labeur. Or, dans tous ces cas, il s'agit de sujets appartenant à la classe pauvre, vivant dans des conditions d'hygiène parfois médiocres, et exerçant des métiers qui exigent une grande endurance physique (menuisiers, charpentiers, couvreurs, mécaniciens, etc...). Il en est qui pratiquent les sports et les sports pénibles. Un ancien malade de De Weck fit à plusieurs reprises des courses de montagne et gravit des sommets de plus de 3.000 mètres sans aucune fatigue, ni dyspnée, malgré 14 heures de marche quotidienne en moyenne. On connaît aussi le cas du chasseur alpin de Burnand qui, après l'abandon du pneumothorax, s'engagea et fit 56 mois de campagne, fut blessé à trois reprises, et qui, depuis 22 ans, mène une vie absolument normale. Beaucoup des nôtres travaillent actuellement 45 à 50 heures par semaine dans des usines de guerre. Il va sans dire que la température de ces sujets est constamment régulière et que leur poids demeure parfaitement stable. Aucun trouble général ne peut donc être imputé au passé pathologique pulmo-

naire. Il va sans dire que d'être guéri de la tuberculose ne protège pas contre l'appendicite, la lithiase biliaire, les angines, ou même le simple coryza (Rist).

Ces anciens malades sont donc guéris : est-ce à dire qu'ils ne présentent aucun vestige de la tuberculose ancienne? Non, dans la plupart des cas. La maladie laisse des séquelles physiques diverses qui peuvent entraîner des séquelles fonctionnelles.

b) *Séquelles physiques.* — Le thorax peut être normal, et l'œil le plus exercé n'y voit aucune déformation, même chez des sujets d'embonpoint modéré. Il s'agit en ce cas de cicatrices discrètes ou profondes. Mais, dans la majorité des cas (30 malades sur 39 pour de Weck), un examen attentif permet de discerner une rétraction thoracique plus ou moins nette et plus ou moins localisée. Elle semble être la compagne nécessaire des guérisons par sclérose. Elle est nulle au contraire quand les lésions ont disparu par résolution. Elle est surtout marquée, quand le malade a présenté des réactions pleurales liquidiennes prolongées (sclérose de la plèvre pariétale qui, à elle seule, peut provoquer la rétraction des espaces intercostaux : l'obliquité des côtes peut alors s'accroître, et celles-ci peuvent même chevaucher les unes sur les autres. « L'affaissement de l'hémithorax est en outre favorisé par l'éloignement du poumon, la déshabitation qui s'ensuit et par l'atrophie par inactivité des muscles intercostaux. » (De Weck.) Dans les cas extrêmes, la rétraction reproduit, dans son image entière, la description que Laënnec a dessinée d'après le modèle des sujets atteints de « pleurésie chronique et latente ». Les sujets sont très reconnaissables, même à leur conformation extérieure et à leur démarche. Ils ont l'air d'être penchés sur le côté affecté, lors même qu'ils cherchent à se tenir droits. La poitrine est manifestement plus étroite de ce côté, et si on le mesure avec un cordon, on trouve souvent plus d'un pouce entre son contour et celui du côté sain. Son étendue en longueur est également diminuée; les côtes sont plus rapprochées les unes que

les autres; l'épaule est plus basse que du côté opposé; les muscles, et particulièrement le grand pectoral, présentent un volume de moitié moindre que ceux du côté opposé. La différence des deux côtés est si frappante qu'au premier coup d'œil, on la croirait beaucoup plus considérable qu'on ne la trouve en mesurant. La colonne vertébrale conserve ordinairement sa rectitude; cependant, elle fléchit quelquefois un peu à la longue, par l'habitude que prend le malade de se pencher toujours du côté affecté. Cette habitude donne à sa démarche quelque chose d'analogue à la claudication. » Ce « rétrécissement de la poitrine » est cependant rare; il suppose que la sclérose envahit toute la hauteur de l'hémithorax et que, par conséquent, les lésions qu'elle a remplacées étaient très étendues. Le plus souvent, le travail réparateur est plus limité : on observe donc des rétractions localisées au point où les lésions, qui ont gardé une attache avec la plèvre pariétale, attirent, en se sclérosant, la paroi thoracique. L'aplatissement des sommets est assez fréquent et tient surtout à la prédominance des lésions apicales. Parfois, au contraire, le dôme prend un aspect pointu (Ribadeau-Dumas). Les rétractions de la base sont liées soit à des lésions parenchymateuses du lobe inférieur, soit surtout à une pleurésie antérieure. Elles sont bien visibles à la région latéro-inférieure du thorax. Parfois, on observe des rétractions bipolaires, au sommet et à la base (lésions apicales; symphyse pleurale à la base) et la partie moyenne du thorax prend un aspect apparemment dilaté. Dans une observation de de Weck, la rétraction était très prononcée dans la région axillaire où se trouvait une adhérence, tandis que la base gardait une allure normale. Il faut remarquer toutefois que bien qu'elles soient fréquentes, ces déformations sont souvent plus impressionnantes que profondes. « Les mensurations que nous avons pu prendre chez quelques malades qui donnaient à vue d'œil l'impression d'avoir de grosses rétractions thoraciques, nous ont surpris par leurs résultats. En général, nous n'avons pas trouvé de différence de

plus de 3 cm. entre l'hémithorax sain et celui rétracté, le chiffre maximum correspondant à l'inspiration, tandis qu'à l'expiration la différence n'était que d'un centimètre entre les deux côtés. » (De Weck.)

Ces rétractions pariétales ne résument pas le travail d'attirance de la sclérose qui peut provoquer aussi des déviations profondes, par exemple une attraction de la trachée (Armand-Delille, Rist et Hirschberg) que Burnand et de Weck ont observée 19 fois sur 35, et qui prend soit une direction oblique, soit un aspect arciforme (Mainini). Elle peut entraîner (déviations en masse) les organes du médiastin. Il n'est pas rare que la bifurcation du conduit aérien soit visible en plein parenchyme, parfois même plus près de la paroi costale que des vertèbres. Le cœur peut être simplement dévié, comme il peut également subir une rotation autour de son axe vasculaire (comme le note de Weck, il paraît alors changer de forme, et semble plus petit, car sa pointe subit une translation d'avant en arrière). On observe enfin parfois de véritables dextrocardies ou sinistrocardies, liées à des adhérences pleuro-péricardiques consécutives à des pleurésies ou à la simple réexpansion. Le diaphragme est souvent un peu plus incliné du côté traité, ou plus élevé, surtout à sa partie interne, où il a un aspect en escalier (Genevri). Dans d'autres cas, il est plat et d'apparence immobile. Et, pour compléter ce tableau, il convient de citer les curieux déplacements inspiratoires du médiastin et du cœur, sur lesquels ont insisté Barjon, Jacobson, Bécère et Rist. Lorsqu'on fait respirer profondément le sujet derrière l'écran, on constate que le médiastin et le cœur se déplacent du côté rétracté pendant l'inspiration et qu'ils reviennent à leur place pendant l'expiration. « L'ombre du médiastin, dit Rist, se comporte comme un pendule qui serait suspendu à l'extrémité du thorax. »

En résumé, le thorax entier, dans ses multiples organes, peut participer à la rétraction, depuis les viscères profonds jusqu'aux muscles et même aux organes superficiels, tels que la glande mammaire qui est souvent

déplacée, et même, parfois, s'atrophie très nettement (Rist et Cournaud, Trémolières et Véran).

Les rétractions et les déviations, répétons-le, sont les conséquences de la sclérose, et la sclérose est un des deux processus de guérison de la maladie. C'est donc parce que la maladie a guéri par sclérose que ces déplacements se sont produits.

Sclérose, résolution : nous parlons de ces deux processus contraires de guérison, dont les modalités différent, et pourtant dont les termes sont en définitive identiques : l'extinction évolutive des foyers. Mais, suivant que les foyers s'éteignent parce qu'ils se résolvent ou qu'ils s'étouffent parce que la fibrose les enserre, les poumons du tuberculeux guéri après la cessation du pneumothorax présenteront les images les plus différentes.

Puisque les processus de guérison sont variables, les signes physiques sont également très divers. Ils peuvent être nuls. Ils peuvent aussi traduire ces multiples reliquats thoraciques, pulmonaires et pleuraux. L'inspection révèle les déformations, parfois l'existence d'un réseau veineux du côté rétracté; la palpation indique, en cas de pachypleurite résiduelle, une diminution définitive des vibrations vocales, et un amonidrissement de l'amplitude respiratoire. La percussion dénote une diminution de la sonorité qui traduit soit un épaississement pleural, soit un bloc, plus ou moins important, de tissu pulmonaire sclérosé. L'auscultation donne des renseignements très variables, depuis le murmure normal des poumons guéris par résolution, jusqu'à la respiration rude, aux souffles durs des blocs scléreux, et au syndrome pseudo-cavitaire des fibrothorax et des déviations trachéales. On peut percevoir aussi tous les bruits adventices, à l'exception toutefois des râles bulleux qui semblent pathognomoniques des foyers en activité. Ajoutons que le murmure vésiculaire du poumon contro-latéral est plus ample chez le sujet traité par un pneumothorax que chez les autres.

c) *Séquelles radiologiques.* — Les malades guéris que nous avons observés personnellement présentent dans 7 cas une image thoracique normale, dans 6 des ombres cicatricielles auxquelles on donne le nom commun de calcifications. 16 présentent les dessins de la sclérose péri-hilaire, 11 des travées irrégulières et fines, 4 qui furent traités par un pneumothorax ont les ombres du fibrothorax classique. Autant dire que les aspects pulmonaires sont des plus variés d'un cas à un autre cas, suivant du reste que la résolution ou la sclérose ont dominé l'évolution.

Les résolutions entraînent radiologiquement la restitutio ad integrum. Le champ pulmonaire est revenu clair et s'illumine bien à la toux dans les régions qui furent malades autrefois. Quelquefois, il est impossible à l'œil le mieux exercé de savoir quel fut le côté atteint. A vrai dire, comme le remarque Véran, et comme nous aurions été tentés de l'écrire nous-mêmes : « Cela est rare, et il existe habituellement de fines ombres qui tranchent sur la clarté du poumon : cicatrices étoilées, arborisations, travées opaques. Le signe le plus fidèle, et qui ne manque pour ainsi dire jamais, est l'attraction ou partielle ou totale, même discrète, du médiastin ou du cœur du côté antérieurement malade. Ainsi se manifeste encore, après l'interruption du pneumothorax artificiel, le rôle primordial de la rétractilité pulmonaire dont l'imprévisible force avait permis au collapsus d'être efficace (Véran).

Les scléroses pulmonaires et pleurales, dans les poumons guéris après l'abandon d'un pneumothorax, ne diffèrent morphologiquement en rien des scléroses pleurales et pulmonaires dans les poumons dont les lésions ont subi la même évolution favorable sous la seule influence de la nature ou sous l'action d'une autre méthode thérapeutique. C'est dire qu'on peut observer les images les plus diverses : lobites scléreuses, taches nodulaires plus ou moins opaques, aux contours irréguliers; travées à disposition rayonnante; pachypleurite jetant son voile sur une partie souvent étendue de l'hé-

mithorax; parfois plage sombre, multiforme et dense du fibrothorax. On peut noter aussi des images annulaires, qu'il s'agisse de cavernes persistantes mais enkystées de bronchectasies résiduelles, ou de dessins faussement cavitaires (pneumothorax résiduel localisé au sommet; épaississements pleuraux, reliquats de pleurite ou de pleurésies, etc.). En résumé, le poumon a les aspects les plus différents, et, comme l'ont très bien dit Burnand et de Weck, on n'a pas le droit « d'inférer de ces images radiologiques non physiologiques à l'insuffisance de guérison ».

d) *Séquelles fonctionnelles*. — Il n'est pas surprenant que des séquelles fonctionnelles accompagnent ces séquelles physiques. Et cependant, fait curieux, la *dyspnée* est exceptionnelle. L'existence d'un fibrothorax, d'une dextrocardie ou d'une sinistrocardie intenses, d'une rétraction thoracique marquée avec attraction du médiastin « s'observent indifféremment chez des sujets qui exercent sans gêne des métiers fatigants » (Véran). Et le témoignage de ces anciens malades donne une nouvelle preuve du caractère plus toxique que mécanique de la dyspnée des tuberculeux.

Par contre, les *douleurs thoraciques* sont fréquentes. Elles frappent le côté malade et sont tantôt fugaces, amenées par les changements de temps, tantôt fixes et même assez vives. Elles s'accompagnent parfois de frottements pleuraux et se rencontrent surtout chez les sujets porteurs de pachypleurite.

La *toux* est plus rare, bien que certains sujets gardent une petite toux matinale, sèche. D'autres expectorent le matin, de façon intermittente, à l'occasion d'une rhino-pharyngite saisonnière, un muco-pus sans bacilles ou des crachats plus épais formés dans des blocs fibreux. D'autres enfin ont une expectoration plus tenace, qui traduit la présence de petites dilatations bronchiques (Burnand et de Weck, Triboulet) développées dans le poumon, précédemment collabées, ou de cavernes aux parois complètement sclérosées, mais encore sécrétantes.

Les troubles cardiaques véritables sont exceptionnels, même chez les sujets dont le cœur est fortement déplacé. Véran signale chez des individus atteints de sinistocardie avec attraction du médiastin un troisième bruit du cœur siégeant à la pointe, perceptible surtout après un repos horizontal de quelques instants, et juste consécutif au deuxième bruit.

Tels sont les symptômes du tuberculeux guéri. On voit qu'ils sont très variables, mais d'anciens malades ont en commun trois signes caractéristiques : les bacilles ont définitivement disparu, les foyers ont perdu toute ombre radiologique mobile, l'état général et fonctionnel est excellent.

CHAPITRE IV

LE MÉCANISME DE LA GUÉRISON

Le mécanisme de la guérison pose un double problème : comment les lésions guérissent-elles, pourquoi l'organisme guérit-il ? La première question est d'ordre anatomique, la seconde d'ordre physiologique.

a) COMMENT LES LÉSIONS GUÉRISSENT-ELLES ?

Quand nous avons parlé des tests de la guérison, nous avons omis le test anatomique. C'est qu'à dire vrai, nos connaissances sur ce problème sont encore très sommaires. On sait bien depuis quarante ans que, lorsqu'on pratique l'autopsie d'un vieillard, on rencontre dans une partie de son poumon, généralement au sommet, de larges cicatrices qui sont les vestiges de processus tuberculeux. On n'ignore pas que ces séquelles ont des aspects variables que Canetti, dans sa thèse récente, a minutieusement étudiés, et qui vont du tubercule presque microscopique aux plages assez vastes de la pneumonie ardoisée, en passant par les nodules les plus disséminables. Mais ces lésions enkystées et presque toujours stérilisées ne sont pas les témoins de tuberculoses véri-

tables. Elles sont les cicatrices de formes latentes ou abortives et par conséquent elles ne nous intéressent pas dans cette étude. Ce qu'il serait désireux que nous connaissions ici, c'est le sort anatomique des foyers qui furent évolutifs, destructifs ou scléreux chez des sujets qui furent malades au sens clinique du mot, et qui sont guéris depuis un grand nombre d'années. Or, les documents sont rares, et le hasard qui seul peut les fournir réunit rarement toutes les conditions requises : netteté du passé pathologique, ancienneté de ce passé, etc. Nous ne pouvons donc nous fonder que sur un *petit nombre* de faits.

Il semble bien tout d'abord que la guérison anatomique au sens absolu du mot soit à peu près impossible à obtenir. Nous voulons dire qu'il est exceptionnel qu'on ne puisse déceler dans le poumon aucune trace de l'ancienne histoire. Presque toujours, il y a donc des vestiges et nous croyons qu'on peut tenter de les schématiser en quelques types.

Le cas est particulièrement net si, au lieu de considérer l'ensemble des lésions, nous portons la recherche sur un foyer pris en particulier, sur une caverne antérieurement constatée par exemple. Or, il est des cas, nous venons de le dire, où l'on ne peut en retrouver la moindre trace, même sous l'aspect de ces cicatrices étoilées dont parlait Laënnec. Rist et Rolland en ont, du moins, rapporté une observation curieuse chez une malade traitée par un pneumothorax et morte d'une autre maladie.

Dans des cas beaucoup plus fréquents, la cavité a laissé à sa place une petite masse grisâtre dont l'examen histologique montre qu'elle est composée de travées conjonctives épaisses et irrégulières. Tout autour, on constate un peu d'emphysème avec, par places, un léger œdème. Entre les fibres de la cicatrice on distingue quelques fusées lymphocytaires sans caractère spécifique, et aussi de petits dépôts de pigment anthracosique, mais on ne rencontre aucune trace de matière caséuse, aucun noyau de calcification. Quand elles sont parvenues

à ce stade, Roubier et Doubrow pensent que les lésions sont le siège d'une transformation hyaline de leur substance fondamentale, « phénomène qui s'accompagne d'une extinction anatomique de la tuberculose, et rend le territoire pulmonaire correspondant réfractaire à l'éclosion de nouveaux foyers tuberculeux ». De telles cicatrices sont malheureusement encore rares; on voit plus communément des séquelles sous forme de bandes tortueuses, fissuraires, engainées d'un épais manteau de fibrose. Ou bien encore, comme l'écrit Pavie dans une étude sur l'anatomie du poumon collabé, la cavité persiste avec une lumière lisse, brillante, détergée de tout processus bacillaire actif. On se rappelle que Laënnec avait déjà fait la même constatation quand il avait parlé de cavités vides ou à peu près de matière tuberculeuse, et entièrement tapissées par une membrane demi-cartilagineuse.

Si, chez les malades guéris, le destin terminal des cavernes est ainsi très variable d'un cas à un autre cas, on conçoit à plus forte raison que les poumons, ou tout au moins les lobes qui furent jadis malades, ont, à ce stade de guérison clinique, des aspects également très différents suivant les circonstances. Tout dépend, somme toute, de la forme ancienne de la maladie et du caractère principalement inflammatoire, principalement caséeux, ou principalement fibreux que possédaient les lésions. Quand la sclérose a dominé l'histoire, la rétraction de territoires importants subsiste souvent, et tantôt l'un des lobes, tantôt le poumon tout entier demeurent définitivement rétractés. Les complications pleurales ont joué, elles aussi, un rôle important.

On voit en somme :

1° que la guérison anatomique complète peut exister, mais qu'elle est exceptionnelle;

2° que la guérison sous forme de cicatrices fines est assez fréquente sans que l'on sache bien, du reste, le mécanisme d'une pareille régression. Faut-il penser que le tissu conjonctif a simplement proliféré ou que, comme le soutiennent certains auteurs, un tissu noble composé

d'alvéoles a poussé à nouveau au milieu de la substance conjonctive? Autrement dit, peut-il y avoir à la longue une régénération vraie du tissu pulmonaire? Il paraît encore impossible de répondre à cette question;

3° que, dans la plupart des cas, la sclérose domine l'histoire de la guérison en tapissant d'une substance conjonctive le centre des anciens foyers, après avoir construit à leur pourtour de larges digues d'encerclement.

b) POURQUOI L'ORGANISME GUÉRIT-IL?

S'il est difficile de pénétrer le secret anatomique des vieilles lésions tuberculeuses, il n'est pas beaucoup plus commode de connaître les raisons profondes de la guérison clinique. Voici deux sujets dont les foyers initiaux cliniquement et radiologiquement étaient à peu près semblables : tous deux présentaient par exemple une lobite supérieure droite. Or, chez le premier, l'évolution a tourné court en quelques semaines, et dans le même temps le second malade a succombé. Pourquoi cette inégalité? Pourquoi le foyer du premier était-il résolutif au lieu qu'une nécrose caséifiante suraiguë s'est installée dans le tissu pathologique du second? Voilà maintenant deux autres tuberculeux que des poussées successives ont doté de lésions fibro-caséuses multiples. La résolution complète ne pourra plus survenir, mais on verra souvent l'un d'eux stabiliser ses lésions dans un type scléreux, tandis que l'autre poursuivra sa marche jusqu'à la cachexie et la mort. Pourquoi?

On voit qu'il ne s'agit plus d'interroger les tendances : elles étaient les mêmes au départ. Il ne s'agit plus d'interroger les lésions : leurs images étaient pareilles tout d'abord. Il s'agit de préciser le facteur qui dans des sens inégaux a modifié la tendance et remanié les lésions.

A l'époque où le bacille nous paraissait jouer seul un rôle déterminant, on expliquait cette inégalité dans l'évo-

lution par une inégalité dans l'infection. Les différences portaient sur la quantité des germes pathogènes. On parlait des expériences de Villemain et de ses successeurs. On sait que le cobaye inoculé présente une tuberculose progressive. Si on le réinfecte, on provoque des lésions plus ou moins rapides et graves suivant que dans ce second temps on injecte une quantité plus ou moins grande de bacilles de Koch. Malheureusement pour cette thèse, « la pratique de la vie ne réalise pas les conditions du laboratoire. Les inoculations massives y sont rares. L'observation journalière est remplie de constatations paradoxales qui déroutent l'expérimentation. Voici au fond d'une vallée perdue dans les montagnes, dans une ferme isolée, une jeune fille qui fait une tuberculose grave; vous cherchez vainement autour d'elle la cause du contact. Sans doute, elle y est pourtant, et l'on peut toujours dire qu'elle n'a pas été bien cherchée. Mais, si une inoculation subtile et passagère est si redoutable, alors comment expliquer que tant de gens puissent passer leur vie entière dans les milieux les plus contaminés, exposés à des inoculations journalières, sans être touchés apparemment? Voici des religieuses et des infirmières qui ont vécu vingt à trente ans et davantage dans une salle de phtisiques bien avant l'institution des crachoirs stérilisables. Voilà une femme qui, dans un milieu sans hygiène, soigne pendant dix ans son mari tuberculeux sans être contagionnée, tandis que sa voisine, dans les mêmes conditions, l'aura été le premier jour. Voilà un médecin spécialiste qui ne voit que des tuberculeux depuis vingt-cinq ans et qui passe toutes les journées enfermé avec eux dans un cabinet clos ou dans une salle de radiologie obscure et sans air; des générations de tousseurs l'ont inondé de leurs bacilles avec la belle insouciance des contagieux qui n'ont qu'une peur : être contagionnés. Ce médecin est encore apparemment indemne » (Dumarest). La dose du contagement ne peut donc fournir la clef du problème.

Une seconde théorie invoque des différences dans la qualité des germes infectants. Leur virulence serait plus

ou moins grande suivant les cas. Là encore on peut invoquer les travaux de laboratoire, citer par exemple les expériences de Dufourt qui provoque sur un cobaye une sclérose discrète en injectant une culture très diluée de bacilles atténués par des modifications successives. Il fut également une époque où l'on parlait volontiers de l'ultravirus, mais, en admettant que l'on puisse établir que telle forme relève toujours d'une infection par l'ultravirus ou tout au moins un bacille atténué, il faudrait se demander si le germe n'a pas perdu sa virulence du fait de conditions spéciales qu'il aurait rencontrées dans l'organisme envahi.

Faut-il donc invoquer uniquement les thérapeutiques? Il est incontestable que les progrès de la phthisiothérapie ont été considérables depuis quarante ans, que la collapsothérapie en particulier a diminué au moins de 25 % le nombre des morts par la tuberculose, et que ces succès iront même en augmentant au fur et à mesure que ces méthodes nouvelles seront appliquées avec plus de diffusion. Mais, d'une part, il restera toujours un grand nombre de malades qui guériront sans traitement, comme d'autres guérissaient du reste avant la découverte du pneumothorax artificiel; d'autre part, on sait aujourd'hui que la collapsothérapie n'a qu'une action indirecte : « Elle laisse à l'organisme le soin de réparer les lésions qu'elle soustrait à un train de vie excessif » (Pavie). Aidée ou non par la thérapeutique, la guérison ne peut être que l'œuvre de la nature.

Nous voici donc toujours en face du même problème. En fait, on ne peut le résoudre que si l'on en vient à la seule hypothèse logique : les différences évolutives existent parce que les différences entre malades existent. C'est peut-être en partie dans la quantité et la qualité des envahisseurs, mais c'est surtout dans la faiblesse ou la résistance de l'envahi que réside le secret des variations évolutives. Le terrain joue donc le rôle fondamental.

Or, quand on arrive à cette notion, on distingue classiquement deux facteurs : une résistance spécifique con-

férée par les épisodes tuberculeux antérieurs et une résistance générale indépendante de tout phénomène tuberculeux. Disons tout de suite que cette dernière compte à peu près seule, et qu'elle est faite elle-même de plusieurs éléments dont la résistance héréditaire est certainement le principe premier. Celle-ci intervient en ce que, comme l'écrit Canetti, « à condition de vie, histoire tuberculeuse et contamination présente égales, deux races ne réagissent pas identiquement à la tuberculose, et que, à l'intérieur d'une même race, deux sujets n'ont pas davantage un comportement identique ». Il y a ensuite la résistance actuelle qui consiste en ce que le même malade ne se comporte pas pareillement devant la tuberculose à différents moments de sa vie. Dans sa lutte contre elle, il est influencé par son âge, par son état physique, par ses antécédents pathologiques. On sait par exemple que le diabète diminue beaucoup ses facteurs de défense; inversement que le terrain préparé par une syphilis tertiaire conduit volontiers la tuberculose à son évolution scléreuse; que le rhumatisme chronique améliore le pronostic des tuberculoses auxquelles il s'ajoute, ou donne à celles qu'il précède un caractère presque bénin dès le point de départ, etc. L'instabilité du système vago-sympathique paraît également d'un grand poids dans le destin de la maladie en ce sens que l'excitabilité de ce système semble à de nombreux faits (à la facilité notamment avec laquelle les hémoptysies et les phénomènes péricocaux surviennent dans ce cas), une cause d'aggravation et d'évolution des plus importantes dans la tuberculose pulmonaire évolutive. A l'opposé, les tuberculeux dont le système neuro-végétatif est bien équilibré ont tendance à présenter des formes torpides fibreuses ou même simplement abortives. (Michon, Rosenthal, Shaize, Mollard, etc.) Il est probable enfin que l'on devra à l'avenir éclairer la question du terrain par l'étude des hormones chez les tuberculeux. Il apparaît de plus en plus que les troubles du fonctionnement des glandes à sécrétion interne exercent une action importante sur le caractère évolutif de la tuberculose. Pour ne prendre

qu'un exemple, l'hyperfolliculinémie est une cause fréquente de défaillance chez les jeunes femmes. (Chiray et Mollard.)

Si nous insistons sur ces données, dont quelques-unes sont très récentes, c'est qu'elles comportent des conclusions pratiques d'un intérêt particulier. On pourra peut-être un jour, en effet, soit en cherchant à rendre stable le système sympathique, soit en supprimant par des thérapeutiques hormonales bien conduites les facteurs fréquents d'évolution et de défaillance, donner à la thérapeutique une action plus directe que celle que nous lui avons reconnue tout à l'heure : on parviendra non seulement à stimuler les processus naturels de guérison, mais en quelque sorte à les créer et ainsi à accroître dans une proportion peut-être assez grande le nombre des tuberculeux qui guérissent.

Il faudra pour cela se souvenir d'une notion que la phthisiologie contemporaine a pris trop délibérément le parti d'oublier : la tuberculose est une maladie générale, même quand elle paraît n'être qu'une maladie pulmonaire. Quand bien même les symptômes qui l'expriment sont localisés strictement en apparence dans les poumons, le malade est dirigé beaucoup moins par ses lésions locales que par le jeu complexe de tous ses viscères. Celui-ci meurt et celui-là guérit, et ce n'est pas parce que les lésions de l'un sont étendues, et celles de l'autre circonscrites. Si les premières sont vastes et si les secondes n'occupent qu'un faible territoire, si les premières poursuivent, suivant une expression pittoresque, une marche rapide en rase campagne, et si les secondes s'enkystent puis s'endorment, c'est que chez l'un les différents systèmes de l'organisme, en particulier le système neuro-végétatif et le système glandulaire refusent leur concours, et que chez l'autre ils apportent au contraire aux poumons la plus active et la plus favorable des collaborations. *Si la maladie persiste, c'est donc que l'organisme entier est incapable de résistance. Guérit-elle? c'est que celui-ci, plus résistant, est parvenu en quelque sorte à l'isoler, ou si l'on veut à l'exclure*

dans une partie du poumon. Nous n'en voulons pour preuve que les faits que nous avons rapportés plus haut quand nous avons dressé la liste des tuberculeux survivants au bout de vingt années. Nous avons dit que dix d'entre eux (soit 11 %) demeureraient encore des malades véritables après tant d'années, et que presque tous appartenaient au groupe des tuberculeux métastatiques à épisodes. Chez eux, la maladie dure, avons-nous dit, parce qu'elle n'a jamais cessé d'être une infection générale. Elle a donc différé complètement de ce point de vue des autres formes de tuberculose pulmonaire qui, plus ou moins tard, se sont fixées (ou que l'organisme a fixées) dans un organe tel que le poumon, ou dans un tissu tel que le système ostéo-articulaire, et qui, lorsque le sujet n'est pas tué rapidement par elles, ont fini par se tarir comme si la chronicité de la tuberculose localisée et habituelle n'avait pu dépasser au maximum dix à quinze ans.

En résumé, nous croyons qu'un tuberculeux qui guérit est un sujet dont le terrain, c'est-à-dire l'organisme entier, est suffisamment fort pour, loin de se laisser imprégner par elle, isoler la maladie dans un organe, transformer en quelque sorte une septicémie en un abcès, exclure le mal afin de le mieux étouffer.

CHAPITRE V

CONDUITE A TENIR DEVANT LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE

Les tuberculeux guéris peuvent-ils, comme le pensait Laënnec, remplir toutes les fonctions de la vie civile? La réponse à cette question paraît d'emblée affirmative, et cependant tout se passe comme si l'opinion publique en jugeait autrement.

Nous sommes donc forcés de répondre encore à trois problèmes qui paraîtront sans doute étranges : le tuberculeux guéri est-il un danger pour lui-même? est-il un danger pour son entourage? est-il un danger pour la société?

1° Le tuberculeux guéri est-il un danger pour lui-même?

A de nombreuses reprises, on a discuté le problème des rechutes. Il est réconfortant de constater que les conclusions ont presque toujours été concordantes : les rechutes sont rares, elles sont généralement bénignes, elles ne sont probablement pas des rechutes au sens réel du terme.

a) Les rechutes sont rares. Les sujets qui redeviennent malades sont presque tous des tuberculeux qui ne sont pas encore guéris. La poussée évolutive nouvelle sur-

vient, en effet, généralement pendant la première année qui suit la disparition des signes cliniques. Elle apparaît donc à une époque où le malade n'a pas encore retrouvé son équilibre complet et où il est bien probable que les poumons gardent encore des foyers incomplètement éteints. Jacques Arnaud remarque que les rechutes se produisent en effet chez les malades qui gardent d'importantes images parenchymateuses; au fur et à mesure que le temps passe et que les dessins cicatriciels tendent à l'emporter sur les larges images des foyers d'autrefois, il semble bien que la maladie perd à peu près totalement son pouvoir d'envahir à nouveau le poumon. La statistique que nous avons établie nous-mêmes sur des malades suivis depuis vingt ans nous en donne une preuve évidente : 10 tuberculeux sur 96 furent les seules victimes de la tuberculose recommençante qui survint à nouveau tantôt au bout de neuf, tantôt au bout de dix-huit ans. Ainsi, plus le temps sera long, plus la guérison clinique aura des chances d'être définitive, et surtout plus la guérison sera complète, plus elle méritera son nom, plus les malades pourront considérer avec sérénité leur avenir. L'exemple des tuberculeux traités par le pneumothorax le démontre amplement : les rechutes frappent à peu près uniquement les malades dont le collapsus fut abandonné prématurément ou à tort, ou dont les lésions ne furent jamais complètement affaissées. Dans le premier cas, on aurait pu les éviter. Dans le second, elles sont moins des récidives que des reprises d'un mal qui n'a jamais été maîtrisé réellement. Il est sans doute des observations où aucune de ces raisons ne peut être invoquée : le pneumothorax fut pleinement efficace, et son interruption ne fut décidée qu'à bon escient. Mais ces cas sont exceptionnels;

b) Les rechutes sont généralement bénignes. Il s'agit là d'une donnée clinique dont on ne peut fournir aucune explication précise. Il faut se borner à la constater. Nos malades ne construisirent aucun foyer nouveau. Ils souffrirent simplement d'un réveil momentané d'anciens

foyers qui jusqu'alors avaient paru s'endormir sous la carapace de la sclérose;

c) Les rechutes méritent rarement ce terme. Les notions que nous venons d'exposer nous laissent entendre qu'elles sont dans la plupart des circonstances ou des reprises d'un mal qui n'a jamais cessé chez des sujets qui, par conséquent, n'avaient que les apparences de la guérison clinique, ou des maladies entièrement nouvelles comparables à des poussées de tuberculose frappant d'autres sujets du même âge et cliniquement sains jusqu'à cette époque. L'un de nos dix malades, guéri depuis quinze ans, redevint tuberculeux le jour où un diabète grave fit son apparition dans l'organisme. Ainsi, presque toujours, une cause précise et facile à trouver explique naturellement le retour de la maladie : alimentation insuffisante, abus des sports, grossesses répétées, opération chirurgicale, cirrhose, ménopause, etc. Or, ces causes sont exactement celles qui chez d'autres sujets déclenchent des tuberculoses de première apparition. On commence à connaître par exemple la poussée tuberculeuse, souvent très grave, de la cinquantaine, et l'on peut se demander si les perturbations profondes du fonctionnement des glandes endocrines à cet âge de la vie ne sont pas la raison déterminante de la défaillance si fréquente du terrain. Dès lors, comment s'étonner qu'un tuberculeux guéri fasse une rechute à cette époque? Un sujet sain est pareillement exposé. Les malades de notre statistique ont tous présenté leur rechute entre 45 et 55 ans.

On peut donc conclure que le tuberculeux guéri n'a pas plus de chance de retomber malade que le sujet sain du même âge n'est exposé à devenir tuberculeux.

2° Le tuberculeux est-il un danger pour son entourage?

Tout récemment, Bergeron et M^{lle} Mézière ont écrit un article sur le danger des tuberculeux pulmonaires réputés guéris. Voici, disent-ils, un homme qui, atteint de tuberculose pulmonaire unilatérale, est entré dans un sanatorium populaire. Il y a été traité efficacement par

un pneumothorax. La fièvre est tombée, le malade a repris du poids, des forces. Il tousse à peine et ne crache presque plus. On ne saurait, sans imprudence, arrêter les insufflations, mais les examens d'expectoration sur lames par voie directe s'étant montrés négatifs depuis six mois, un an ou plus, l'état général étant excellent, le médecin de sanatorium autorise cet homme à quitter son établissement. Le malade va donc rentrer dans sa famille. Il lui suffira de se faire régulièrement insuffler au centre hospitalier voisin, à moins que son médecin traitant ne se charge de ce soin.

« Mais ce médecin traitant s'inquiète. Car ce malade
« qui rentre chez lui peut avoir une femme et des en-
« fants; il compte souvent reprendre son métier, et il
« se peut qu'il soit laitier, épicier, confiseur ou pâtissier.
« Quel danger s'il crachait encore des bacilles! Est-il
« aussi sûrement guéri qu'on le prétend? »

Pour répondre à cette question angoissante, Bergeron et M^{lle} Mézière pratiquent systématiquement des cultures, des expectorations sur milieu à l'œuf et, quatre fois sur dix, ils font pousser des bacilles tuberculeux humains. Le malade peut-il donc être guéri et continuer, fût-ce par intermittence, à projeter tout autour de lui des bacilles?

Ces recherches ont un grand intérêt, mais elles ne comportent selon nous qu'une seule conclusion : nous avons dit, à propos des tests de la guérison, que les bacilles devaient être cherchés par tous les moyens, et que l'on ne pouvait affirmer la disparition de la tuberculose que lorsque toutes les méthodes répétées plusieurs fois avaient abouti de façon constante à des résultats négatifs. Le travail de Bergeron et M^{lle} Mézière confirme donc cette exigence de notre définition. Il doit nous rendre plus circonspects sur le diagnostic vrai de la guérison.

Or, celle-ci chez nos malades est affirmée non seulement par les résultats négatifs des investigations bactériologiques, mais par tout un ensemble de signes cliniques et radiologiques que nous avons rappelés dans les chapitres précédents. Au lieu que, si l'on relit avec

attention l'histoire des malades de Bergeron et M^{lle} Mézière, on voit que les uns ont un pneumothorax en cours, et par conséquent sont des tuberculeux améliorés, stabilisés, mais trop jeunes malades pour déjà figurer dans le lot des guéris, et que les autres demeurent de vieux tousseurs qui crachent de façon constante, et présentent, sans parvenir à s'en délivrer, des symptômes de bronchite diffuse cadrant avec des images radiologiques qui ressemblent au tableau des tuberculoses fibreuses bien plus qu'aux ombres des états cicatriciels.

On peut donc conclure que le tuberculeux guéri n'est pas dangereux pour son entourage.

3° Le tuberculeux guéri est-il dangereux pour la société?

Nous voici devant le problème le plus important et le plus mal résolu. La société, qu'il s'agisse de l'opinion publique, d'une grande administration ou de l'Etat, refuse pratiquement de croire à la guérison de la tuberculose. Elle ignore la distinction qui s'impose entre la tuberculose-infection et la tuberculose-maladie. Elle n'admet dans ses cadres que les sujets qui, suivant la formule, sont indemnes « de toute affection tuberculeuse ». On peut même dire que l'Etat se contredit dans ses attitudes. Comme le remarque Rist, « il favorise d'une part et subventionne la création d'établissements de cure dont l'objet ouvertement proclamé est de guérir les tuberculeux et, d'autre part, il interdit au tuberculeux guéri l'accès des fonctions publiques parce qu'il ne croit pas à la guérison de la tuberculose ». Dans un ordre d'idées voisin, la loi de 1919 qui régit le code des tuberculeux de la dernière guerre admet en pratique que ces sujets sont des invalides définitifs. La tuberculose, pour le législateur, est incapable de guérir, et par conséquent entraîne une incapacité totale durable autant que celle des autres mutilés. Dès lors, l'Etat, tour à tour sévère ou clément, va rejeter de ses cadres les individus guéris parce qu'ils ont été malades autrefois, dans le même temps qu'il gardera à sa charge d'autres

sujets qui sans doute ont été pareillement des malades, mais qui eux aussi sont complètement guéris.

Ces conceptions, qui nous heurtent, étaient peut-être permises à l'époque où le traitement de la tuberculose végétait dans des règles passives et des médications purement symptomatiques. Elles étaient légitimes à l'heure où nous ne connaissions pas encore le polymorphisme clinique et évolutif de la maladie tuberculeuse. On pouvait les admettre lorsque personne ne pouvait juger avec un recul de temps suffisant l'évolution d'un sujet reconnu malade à un moment donné. Aujourd'hui ces lacunes sont comblées, mais les conceptions des législateurs ou même de l'opinion publique continuent de s'attarder sur le dogme entièrement erroné de l'éternelle phtisie.

Il y a donc un travail profond de redressement psychologique à accomplir et l'effort qu'il réclame exigera certainement beaucoup de courage. Il sera facilité cependant par l'ensemble des faits que nous avons développés tout au long de ce modeste travail, et qui nous permettent de poser ici quelques jalons pour ce redressement :

a) Un tuberculeux guéri peut-il être fonctionnaire? Insistons sur une des bizarreries de la législation actuelle. « Pour le candidat qui a dans ses antécédents, ne fût-ce qu'un soupçon de tuberculose, il y a présomption d'incurabilité. On refuse de l'admettre. Pour le fonctionnaire devenu tuberculeux, il y a au contraire présomption de curabilité. » La loi du 30 mars 1929, complétée par les articles 9, 13 et 15 du 10 décembre 1929, prévoit en effet des congés de longue durée et accorde libéralement à ce second malade, avec les moyens de se soigner, un délai de cinq ans pour guérir, et la promesse de le réintégrer s'il est effectivement guéri.

Il n'est pas question de discuter la loi du congé de longue durée dont on ne peut qu'admirer le caractère judicieux autant que généreux, tout en regrettant qu'il soit réservé aux fonctionnaires et aux employés de quel-

ques grandes Administrations privées, à l'exclusion des autres tuberculeux. Ce qu'il convient de dire, par contre, c'est que le candidat aux fonctions publiques ne devrait plus *a priori* être rejeté de l'Administration pour la raison qu'il y a une tache dans son passé. Les sujets que l'on doit écarter seuls sont les tuberculeux atteints de lésions actives et encore évolutives. Pour les autres, lorsque la preuve de la guérison clinique est faite et sanctionnée par le jugement du temps, aucune raison d'élimination n'est valable, non plus que la moindre renonciation du candidat au bénéfice des congés de longue durée ou de la retraite. Nous pensons donc en somme avec M. Rist que :

— le fonctionnaire ou le candidat doivent être égaux devant la loi, l'Administration peut être ouverte à l'un comme à l'autre;

— le fonctionnaire ou le candidat qui, avant sa nomination, avait été tuberculeux, ne doit être admis, même dûment guéri, que sous la réserve d'un temps de probation durant lequel il ne jouira pas des avantages réservés au fonctionnaire dont le casier sanitaire est vierge;

— le candidat doit être admis tout d'abord à titre temporaire et soumis durant ce stage probatoire à des examens médicaux trimestriels. Lorsque l'épreuve du temps et du travail aura été jugée suffisamment démonstrative, la titularisation devra être acquise et entraîner le droit aux congés de longue durée.

b) Un tuberculeux guéri doit-il être indéfiniment pensionné? Nous avons dit que la loi l'admet en pratique, bien que certains dispositifs, qui ne sont jamais appliqués, autorisent le médecin de dispensaire à demander le retrait de la pension. Il y a là un abus d'autant plus violent qu'il grève d'un passif formidable le budget de la nation. Cette conception est parvenue à créer la classe des « rentiers de la tuberculose » qui vivent indéfiniment à la charge de l'Etat sans rien lui donner en échange. La statistique que nous avons rapportée plus haut de-

vrait permettre de tracer exactement la frontière entre la justice et l'abus. Il est juste que les tuberculeux qui ne guérissent jamais ou que les tuberculeux guéris qui demeurent de grands infirmes jouissent indéfiniment du privilège de la pension. Il est injuste que les tuberculeux guéris soient pensionnés et « touchent », en plus de la pension, l'indemnité de soins qui leur interdit toute activité professionnelle, et par conséquent les entretient dans l'inaction. L'injustice se complique d'une faute professionnelle parce qu'il est à peu près démontré aujourd'hui que l'inaction prolongée provoque de nombreux troubles dans l'organisme. Il serait donc désirable qu'une loi pareille à celle des congés de longue durée fût promulguée pour les tuberculeux à titre militaire.

c) Un tuberculeux guéri doit-il être exclu de l'armée?

Devant ce problème, l'Etat non plus ne montre aucune souplesse. La tuberculose est définitive, le service militaire est donc exclu. Il est bien probable que la loi sur les pensions est en partie responsable de cette attitude que nous jugeons trop absolue. Et cependant, comme l'a écrit Dumarest, nous n'aurions *a priori* aucune raison de redouter le service militaire en temps de paix pour un grand nombre de nos anciens tuberculeux. C'est une période de vie active au grand air, beaucoup plus saine que l'existence que mènent dans les villes la plupart des jeunes gens de toutes conditions. En temps de guerre, et de guerre moderne, la question est encore plus facile à trancher, car enfin il ne s'agit pas alors d'instituer une sorte de privilège à rebours au profit des éléments les plus sains de la nation seuls considérés comme aptes à être sacrifiés, mais d'utiliser toutes les ressources au mieux des compétences et des possibilités. On ne voit donc pas pourquoi les tuberculeux latents ou bénins, qui ne sont pas contagieux, ne prêteraient pas dans le service auxiliaire leur concours de défense nationale. On ne voit pas davantage pourquoi les tuberculeux guéris qui sont aptes, répétons-le, à toutes les fonctions de la vie civile ne seraient pas capables d'obéir

pleinement aux différentes disciplines de la vie militaire, même dans le service armé. Aussi bien tout le monde connaît d'anciens tuberculeux qui ont eu le courage de s'engager pendant la dernière guerre, et qui ont supporté à merveille la dure vie du front. Certains mêmes déclarent ne s'être jamais si bien portés. Pourquoi donc les bureaux de recrutement et les conseils de réforme sont-ils donc si sévères à l'heure actuelle? Est-ce dans la crainte d'une éventuelle pension?

d) Un tuberculeux guéri doit-il choisir un métier plutôt qu'un autre?

Faut-il répondre longuement à cette question? Le tuberculeux guéri doit reprendre son métier antérieur. Un ancien forgeron aura moins de mal à reprendre son outil qu'à faire l'apprentissage d'une profession nouvelle souvent contraire à ses goûts et à ses aptitudes. En France, on admet communément que les travaux agricoles conviennent à merveille aux anciens tuberculeux. Cette conception est critiquable dès qu'ils ne sont pas des ouvriers des champs, et pour la raison que nous venons d'indiquer. En outre, il faut reconnaître, avec Vos, que le retour à la terre exige souvent des efforts pénibles et n'est pas nécessairement un cadre de travail très sain. Aux intellectuels, on doit conseiller la reprise des études, la préparation d'examens.

Il est inutile enfin, contrairement à ce que l'on a cru jusqu'ici, de demander si le tuberculeux guéri devra vivre dans un cadre spécial. On a construit récemment, parfois sur des marécages, des cités où il est arrivé que le superflu l'emportait sur le nécessaire, et où l'on invitait les anciens malades à venir se fixer pour le restant de leurs jours. N'insistons pas sur les erreurs psychologiques et sociales de ces léproseries d'un nouveau style. Du point de vue clinique qui est le point de vue du bon sens, ces organisations ne sont pas défendables. Ou le sujet est encore un malade évolutif, et il doit se soigner activement. Ou il est stabilisé de fraîche date, et la cure de travail contrôlé doit être sa règle. Ou il demeure un

invalide définitif, et la maison de retraite lui convient mieux que la cité pompeuse. Ou il est guéri et, réserve faite de tolérances climatiques particulières, il n'est nullement besoin de le diriger vers une organisation spéciale où sa famille et lui devront fournir un pénible effort afin de se plier aux habitudes neuves qu'ils auront à contracter. Le tuberculeux guéri n'a pas à refaire sa vie : il n'a qu'à la reprendre au point où il l'a laissée.

Les tuberculeux guéris n'ont donc aucun droit à constituer un état dans l'Etat. Blessés du poumon ou civils, ils ne méritent aucun privilège. On doit les juger sur le même plan que les autres hommes, loin des considérations sentimentales qui sont inspirées par un romantisme démodé, et loin des fantaisies démagogiques qui ne sont jamais désintéressées.

CONCLUSIONS

I. — Malgré les affirmations de Laënnec, la guérison de la tuberculose pulmonaire évolutive fut niée presque jusqu'à nos jours. Socialement, l'Etat refuse encore souvent de l'admettre. De nombreux faits cliniques plaident cependant en faveur de sa réalité.

II. — La guérison de la tuberculose pulmonaire évolutive suppose nécessairement la disparition définitive des émissions bacillaires, vérifiée à de nombreuses reprises, à l'aide de toutes les méthodes d'investigation actuellement connues. Cela dit, la guérison ne consiste ni dans une « stérilisation » totale de l'organisme, ni dans un nettoyage radiologique complet. Elle est une notion essentiellement clinique et trouve sa définition dans la résistance générale, définitivement reconquise, du terrain.

III. — Ainsi définie, la guérison de la tuberculose pulmonaire survient dans 30 à 40 % des cas. Une enquête personnelle, menée auprès de sujets régulièrement suivis depuis vingt ans, montre que son caractère définitif est presque toujours constant.

IV. — Le tuberculeux guéri présente un état général excellent. Suivant que les lésions ont disparu par sclérose ou par résolution, le thorax garde ou non des séquelles qui s'expriment par des rétractions et des déviations ou par des déplacements viscéraux plus ou moins accentués. Les aspects radiologiques sont également variables, depuis la *restitutio ad integrum* jusqu'à la persistance des ombres vastes de scléroses. En aucun cas, le tuberculeux guéri ne souffre de séquelle fonctionnelle digne d'être signalée.

V. — L'anatomie pathologique du poumon guéri est très mal connue, à cause de la rareté des documents publiés. L'absence de toute trace lésionnelle est possible, mais semble rare. Dans la plupart des cas, on note des cicatrices allant de la minuscule empreinte étoilée ou linéaire à la plage dense de sclérose, responsable de rétractions.

VI. — Le secret physiologique de la guérison est d'ordre général, et réside dans les qualités du terrain, plus encore que dans la résistance spécifique. Des facteurs héréditaires et acquis, ces derniers principalement d'ordre neuro-végétatif et endocrino logique, paraissent constituer ses notes dominantes.

VII. — Malgré les conceptions et les lois actuelles, rien ne doit ou ne devrait s'opposer à la récupération totale du tuberculeux guéri par la société. Il y aurait donc lieu de revoir, à la lumière des notions nouvelles sur la guérison de la tuberculose évolutive, les lois actuelles et les conceptions du jour sur l'admission de ces sujets aux fonctions publiques, sur le caractère trop souvent définitif de certaines pensions, sur le refus d'admettre ces anciens malades dans l'armée — en somme sur les

« routines » qui incitent encore l'Etat et l'opinion publique à donner aux tuberculeux guéris des privilèges et à leur imposer des restrictions que rien ne saurait justifier.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
M. CHIRAY

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE (Saenz et Canetti). — Les réinfections tuberculeuses abortives du poumon. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 avril 1938.)
- ARNAUD (Jacques). — L'avenir des tuberculeux. (*Presse Médicale*, 12 octobre 1935.)
- BERGERON et M^{lle} MÉZIERE. — Du danger des tuberculeux réputés guéris. (*La Clinique*, 1938.)
- CANETTI. — Les réinfections tuberculeuses latentes du poumon. (*Thèse Paris*, 1939.)
- CALMETTE et GUÉRIN. — L'infection bacillaire et la tuberculose. (Paris, Masson, 1936.)
- CHIRAY (M.) et MOLLARD (H.). — Les sels de testostérone dans le traitement des poussées menstruelles chez les tuberculeuses pulmonaires. (*Presse Méd.*, 6 mai 1939.)
- CHIRAY (M.), BENDA et MOLLARD (H.). — Grandeurs et misères de la Radiologie pulmonaire. (*Presse Médicale*, 28 février 1935.)
- DUMAREST (F.). — La vie hygiénique du tuberculeux. (G. Doin et C^{ie}, 1932.)
- DUMAREST (F.). — Quelques réflexions sur la curabilité de la Tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, 1924.)
- DUMAREST (F.), LEFÈVRE (P.), MOLLARD (H.), PAVIE (P.) et ROUGY (P.). — Pratique du Pneumothorax. Thérapeutique. (Masson et C^{ie}, 1936.)
- EASTWOOD et GRIFFITER. — Reports to the Local Government Boards on Public Health and Medical Subjects. (New series, n° 88, 1914, pp. 1-104.)
- MOLLARD (H.). — Encyclopédie médico-chirurgicale. Poumon. Article Tuberculose.
- GRIFFITH (A. Stanley). — *Journal of Path. and Bacteriology*, 32, 1929, pp. 813-840.
- LAËNNEC. — Traité de l'Auscultation médiate. (Volume 2, art. III, pp. 97-157.)
- MICHON, CHAIZE, MOLLARD. — Instabilité du système vago-sympathique. (*Presse Méd.*, 1^{er} juin 1938.)
- RIST (E.). — L'admission aux fonctions publiques des tuberculeux guéris. (*Presse Médicale*, 5 mai 1937.)
- ROLLAND. — *Annales de Médecine*, 1925.
- ROUBIER et DOUBROW. — *Annales de Médecine*, 1929.
- SHURMANN. — Virchows archiv., 260, 1926, pp. 664-855.
- VOS. — Rapport au Congrès international de la Tuberculose, La Haye, 1932.
- DE WECK. — Résultat éloigné du pneumothorax. (1 vol., Masson, 1932.)

